



Besoins perçus par les « acteurs-précarité » pour faire face au COVID-19

Note de l'Ireps Nouvelle-Aquitaine -11 mai 2020

Rédaction

Sébastien Lodeiro

Réalisation des entretiens

Jean-Pierre Henry

Lucie Grenier

Marine Mainard

Sandrine Hannecart

Sébastien Lodeiro



L'Ireps Nouvelle-Aquitaine a réalisé des entretiens afin d'organiser une remontée d'informations de la part des professionnels travaillant auprès de public en situation de précarité faisant face à l'épidémie de COVID 19. Cette note doit être transmise à l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

OBJECTIF : Mieux identifier les besoins d'appui et d'accompagnement des professionnels et des publics en lien avec les phases de confinement et de déconfinement liées au COVID 19.

STRUCTURES INTERROGÉES :

- . INAE (insertion par l'activité économique),
- . Centre Social Le chemin du Hérisson (GDV),
- . Coordination CLS Saintes,
- . Tremplin 17,
- . Fédération des centres sociaux 17,
- . ANPAA Nouvelle-Aquitaine (Prévention),
- . MECS L'Oréage (Orientation et rééducation enfants et ados en difficulté),
- . PASS/EQSAM,
- . SAMSAH,
- . CEID (Comité Etude et information addiction),
- . Poppy (dispositif prostitution),
- . CSAPA/CAARUD,
- . Restaurant social La Bonne Assiette 87,
- . ENtr'Aid SIDA,
- . UDAF 87(tutelle),
- . La Cravate solidaire (Discrimination et insertion professionnelle),
- . CORAPLIS (Lutte contre l'illettrisme),
- . Association ENVIE.

18 professionnels ont pu être **interrogés** entre le 22 avril et le 5 mai 2020.

Sommaire

1. Problématiques repérées concernant les structures et les professionnels	3
Vécu et ressenti des professionnels	3
Organisation de l'activité par les structures	3
Influence du confinement sur les pratiques professionnelles	4
Assouplissement des cadres et renforcement des modalités d'intervention d'"aller vers"	5
Faiblesse du travail de prévention et d'éducation pour la santé	5
Besoins perçus dans les dispositifs COVID (EQSAM, centres de desserrement)	5
2. Problématiques repérées concernant les publics	6
Constats des professionnels sur le respect des mesures barrières	6
Problématiques des publics repérés par les professionnels	7
3. Problématiques repérées concernant les pratiques de prévention	8
Un besoin primordial de rassurer face à une crainte démesurée	8
Des discours et des recommandations trop rigides et inadaptées par rapport aux enjeux de l'épidémie	8
4. Propositions de pistes de travail	9

1

Problématiques repérées concernant les structures et les professionnels

➔ Vécu et ressenti des professionnels

En lien avec la période de confinement :

- ▶ L'absence de protection des professionnels a généré une forte inquiétude, un stress important voir un retrait de certains personnels. Lorsque les équipements et mesures de protection ont pu être garantis les équipes (dans la limite du chômage partiel) ont repris leur activité et leurs missions d'accompagnement à distance ou d'accueil des publics (situations urgentes) pour les structures dédiées aux soins.
- ▶ La période de confinement a provoqué une « détresse des professionnels » au début de l'épidémie : perte de repères (comment j'organise ma journée ?) et l'ensemble des structures interrogées ont dû adapter leur organisation et leur pratique dans un contexte de chômage partiel et de mise en œuvre des mesures de protection COVID.
- ▶ Ces bouleversements ont amené les structures à devoir répondre aux inquiétudes de l'ensemble des professionnels pour leur sécurité et à adapter les pratiques et les postures professionnelles dans leurs missions d'accompagnement des parcours d'insertion ou de santé.

Dans la perspective du déconfinement :

- ▶ Les professionnels interrogés expriment une forte inquiétude liée au déconfinement. Ils expriment une crainte de relâchement général concernant les mesures de protection.
- ▶ Dans les foyers et centres d'hébergements « *elle fait ressurgir les angoisses des salariés qui voudraient garder les jeunes sous cloche pour éviter tous risques* ».
- ▶ Pour les professionnels de l'hébergement d'urgence, ils craignent un abandon des publics sans domicile lors du déconfinement.
- ▶ Les travailleurs sociaux craignent le futur accueil du public lors des visites à domicile : comment vont se passer les visites à domicile ? Comment être à l'aise ? Ils ont peur du constat après 2 mois sans visite mais aussi des risques de contamination.
- ▶ Les professionnels sont très inquiets à l'éventualité d'une nouvelle nécessité de confinement s'il y avait une 2^{ème} vague COVID.

➔ Organisation de l'activité par les structures

En lien avec la période de confinement :

- ▶ Le confinement a fortement impacté les structures et nécessité la réorganisation des services pour assurer la continuité des missions.
- ▶ Pour les structures d'urgence, il a fallu assurer la continuité des services tout en étant submergé d'informations et de demandes de remontées d'informations (Pôle addicto CSAPA, CHRS, ...).
- ▶ La priorité était l'intégration et la mise en œuvre des mesures barrières au sein des structures et la réouverture des services les plus urgents (aide alimentaire, consultations d'urgence, accompagnements santé,...).
- ▶ Les structures ont dû mettre en œuvre rapidement des protocoles de protection et d'entretien des locaux (parfois des difficultés à trouver des personnels pour réaliser cet entretien avec des coûts supplémentaires impactant le budget prévisionnel des structures).
- ▶ Certaines structures (CSAPA, CAARUD,...) ont assuré un accueil physique des personnes avec une équipe pluridisciplinaire en horaires réduits.

- ▶ Pour les dispositifs addicto les activités d'échange de seringues sont maintenues ainsi que la poursuite de la délivrance de Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) et initiation de nouveau traitement TSO si nécessaire.

Organisation de veilles téléphoniques :

- ▶ Les structures organisent une veille pour maintenir le lien avec leurs publics le plus souvent par des appels téléphoniques (1 à 2 fois par semaine ciblant en priorité les publics les plus vulnérables sur des critères économiques, sociaux ou sanitaires).
- ▶ Pour les structures d'hébergement (CHRS, CADA) le confinement a été mis en place (1h de sortie par semaine autorisée) et le règlement de fonctionnement a été assoupli (notamment concernant la consommation d'alcool au sein des établissements).

Perspectives organisationnelles en lien avec le déconfinement :

- ▶ Les structures envisagent une reprise de l'activité en fonction de la protection qu'elles seront en capacité de fournir aux professionnels et au public.
- ▶ Tous prévoient une montée en charge progressive de leur activité, avec un temps de transition durant lequel les permanences d'urgence seront augmentées avec un maintien des liens téléphoniques.
- ▶ Des inquiétudes s'expriment concernant la disponibilité des partenaires dont leurs activités peuvent être tributaire (CPAM, ARSL,...).
- ▶ Tous réfléchissent à une organisation (masque, gel, poubelle) efficace et acceptable d'un point de vue financier avec une adaptation du règlement.
- ▶ Plusieurs structures s'interrogent sur la reprise du transport des personnes (quelles conditions pour protéger les professionnels et les publics ? Désinfection des véhicules ?).
- ▶ Ils s'interrogent aussi sur le public qui peut avoir peur de venir (prise des transports en commun) et sur l'équipement fourni pour reprendre les visites à domicile dans de bonnes conditions.

⇒ Influence du confinement sur les pratiques professionnelles

- ▶ Beaucoup de professionnels maintiennent le lien par des échanges sur la réassurance au travers d'appels de convivialité.
- ▶ La démarche d'« aller vers » les publics lorsqu'elle a pu se réaliser à travers des appels téléphoniques a été très appréciée surtout auprès des personnes les plus isolées (ex : Centres sociaux GDV / public SIAE en insertion professionnelle / public suivi en addicto).
- ▶ Le travail d'accompagnement à distance rentre dans la sphère privée des publics (téléphones personnels, vécu quotidien, détresse psychologique). Le professionnel a le sentiment d'envahir la sphère privée des personnes suivies ce qui vient modifier ou insécuriser sa posture professionnelle (*peur des publics et des professionnels d'être « dans le flicage »*).
- ▶ Le suivi en addicto est compliqué par téléphone (pas de liberté de parole en présence des proches dans le logement, certaines téléconsultations ont dû se faire dans la voiture,...).
- ▶ Certaines initiatives ont pu être mises en place avec des formats type formation/étude de cas à distance pour renforcer l'adaptation des professionnels (ex : formation addiction sociale ANPAA-INAE) et conforter leurs pratiques d'accompagnement à distance.
- ▶ Nécessité d'une montée en compétences numériques des professionnels.

⇒ Assouplissement des cadres et renforcement des modalités d'«aller vers»

- ▶ En cherchant à limiter autant que possible les risques d'exposition tant des usagers que des salariés les structures et les professionnels ont assoupli leurs cadres de travail et augmenté leur démarche d'« aller vers » les publics.
- ▶ La période a favorisé le cas par cas et l'accompagnement sur mesure avec des outils moins contraignants.
- ▶ Les maraudes se sont intensifiées par les acteurs intervenant dans les squats, auprès des personnes à la rue, terrains et aires d'accueil des gens du voyage,...
- ▶ Certains encadrants professionnels s'inquiètent du risque de complication pour revenir à quelque chose de plus contenant car les cadres ont été assouplis notamment pour l'insertion professionnelle et les parcours de soins (renouvellement des ordonnances (addicto) tous les 15j par téléconsultation, prescriptions passées de 15 j à 1 mois).
- ▶ Il est à noter qu'en ce qui concerne le dispositif de suivi psychologique en addicto à distance cette modalité d'intervention est jugée peu satisfaisante par certains professionnels car elle offre une faible visibilité sur les éléments cliniques d'une consultation.

⇒ Faiblesse du travail de prévention et d'éducation pour la santé

- ▶ Les professionnels se sont confrontés à des missions éducatives sur la santé (connaissance de la maladie, mesures de protection, transmission de messages de santé...) qui sont difficiles à mener ou pour lesquelles ils ne se sentent pas compétents. Ces missions éducatives pour la santé sont d'autant plus difficiles auprès de publics qui doivent s'adapter à des contextes, des contraintes incompatibles avec les mesures prescrites.
- ▶ Peu, voire pas de mobilisation spécifique des acteurs de la prévention même lorsque certaines structures de soin disposaient de compétences ou encore d'équipes de prévention, celles-ci ont cessé leur activité dès le début de la crise pour privilégier l'activité de soin (« *dans les EQSAM où il existe un pôle sanitaire et un pôle prévention / EPS. Ce dernier n'est quasiment jamais sollicité pourtant il y a de grands besoins en la matière.* »)

⇒ Besoins perçus dans les dispositifs COVID (EQSAM, centres de desserrement)

- ▶ L'EQSAM rencontre un certain nombre de difficultés imputées au fait que les donneurs d'ordre ne perçoivent pas toujours les implications concrètes des mesures prescrites sur le terrain.
- ▶ Certains professionnels souhaitent :
 - « *une simplification des procédures d'admission car aujourd'hui une personne repérée par l'EQSAM ne peut y entrer qu'après validation de l'ARS, ce qui peut prendre plusieurs jours. Il faut également mettre en place une procédure qui incite l'acceptation par la personne de son orientation en centre de desserrement (en leur garantissant par exemple qu'elles garderont le bénéfice de leur place 115 à leur sortie)* »
 - Un besoin de clarification des parcours des personnes qui n'ont pas de sécurité sociale (Qui fait le test PCR si besoin ?).

2 Problématiques repérées concernant les publics

⇒ Constats des professionnels sur le respect des mesures barrières

Publics en squat, à la rue :

- ▶ Pour les professionnels, le respect du confinement et des gestes barrières est aléatoire et compliqué. Les publics sont tous informés par rapport aux gestes barrières mais peu ou pas de respect des gestes barrières qui ne sont pas toujours compris ou agacent.
- ▶ Pour certains publics, le risque d'infection au covid-19 n'est pas perçu comme un risque prioritaire et les risques de comorbidités ne sont pas pris en compte par une majorité ("*lâche moi, j'ai l'hépatite*").
- ▶ Les habitudes de partage persistent (« *Tiens finis ma clope, prends une gorgée de ma bière...* »).
- ▶ Certes, ils vivent en collectivité et dans la promiscuité (humains, chiens) mais les interactions avec des personnes extérieures au groupe sont limitées voire inexistantes (pas de manche dans la rue, pas de petits boulots...).
- ▶ Pour les publics en squat, à la rue, les environnements sont inadaptés (pas de point d'eau ou un point d'eau pour 100 personnes), il y a peu de confinement possible et les professionnels se confrontent parfois à des modes de vie peu compatibles avec les mesures de protection préconisées.
- ▶ Dans certains squats, les personnes sont réticentes à rencontrer des soignants (« *par peur d'être diagnostiquée positive au Covid et d'être ainsi stigmatisée voire exclue du squat, par peur également que ne soient testés des médicaments sur elles...* »).
- ▶ Le public « squat » même s'il est très exposé car il n'y a pas de distribution de seringues, préservatifs, ne vient plus faire les tests de dépistage.
- ▶ Les informations sur le confinement, le covid, les mesures de protection sont peu ou pas adaptées, bien que les supports en plusieurs langues soient très pratiques et plutôt bien faits.

En centre d'hébergement

- ▶ En CHR, pas de problème pour les familles en logements individuels, les professionnels constatent un respect des mesures de confinement.
- ▶ Les familles sont plutôt préoccupées par le Covid tandis que les plus jeunes et les hommes isolés ne sont pas inquiets et ne mettent pas en place de gestes barrières spécifiques.
- ▶ Malgré l'information donnée par les professionnels, les gestes barrière restent difficiles à appliquer en collectif notamment pour l'accueil des publics SDF.
- ▶ Il est à noter néanmoins qu'il existe un gros décalage d'accès à l'information et notamment à certains messages importants, entre francophones et non francophones.

Gens du voyage

- ▶ Il semble que de manière générale les gens du voyage limitent leurs déplacements et les contacts avec l'extérieur. Les terrains et les aires d'accueil étant souvent éloignés, à la marge des villes, le confinement renforce l'impression d'être seul au monde. Pour les professionnels, il est très important de maintenir le lien avec ces communautés.
- ▶ Les mesures de protection sont d'autant plus respectées que les communautés sont sensibilisées et informées (ex : travail important avec les équipes mobiles (EQSAM et l'ARS) dans certains départements notamment le 16).

- ▶ Dans les camps où il y a eu une personne infectée, hospitalisée voire décédée, les mesures barrières sont très bien respectées. Dans les autres, si le lavage des mains et la désinfection à la javel des habitations sont réalisés, la distanciation physique n'est pas du tout appliquée.
- ▶ Il est arrivé qu'une famille infectée voit les autres membres de la communauté quitter le terrain ou l'air d'accueil (ex : Vienne). Il reste qu'il est difficile de trouver des lieux d'hébergements alternatifs pour ce public en cas d'infection d'un membre de la communauté.
- ▶ Les familles de gens du voyage ont beaucoup de questionnements autour des gestes barrières et de leur adaptation sur les terrains, les aires d'accueils :
 - Comment cela se transmet ? Les membres d'une même famille se transmettent-ils le virus ?
 - Comment fait-on lorsqu'on rentre de courses (comment stocker dans un lieu adapté les courses pour respecter les mesures de protection ?
 - Inquiétudes sur les centres de desserments : où est-ce qu'on va lorsqu'on est malade ?
- ▶ Selon les professionnels, il y a une crainte importante des communautés à remettre leurs enfants à l'école.

➡ Problématiques des publics repérés par les professionnels

Diminution des ressources pour les plus fragiles

- ▶ Depuis le confinement, les conditions financières se sont dégradées (plus de manches, perte des petits boulots,..) et l'accès à l'alimentation est devenu difficile car des structures de distribution de l'aide alimentaire ont fermé. Fermeture des associations et notamment l'accès à l'alimentation pour les demandeurs d'asiles.
- ▶ Une partie moins visible ou prise en charge par les institutions qui souffrent de la situation (étudiants isolés, éloignés de leurs familles et restés en résidence universitaire (aide alimentaire, solitude, stress...)).

Demandes importantes concernant l'alimentation et l'hygiène

- ▶ Dans la rue, peu de monde, surtout un public en très grande précarité avec une demande importante alimentaire et d'hébergement.
- ▶ L'hygiène de base est compliquée pour les personnes qui habitent en squat, à l'hôtel ou en habitat collectif.
- ▶ Des problématiques d'hygiène qui augmentent (ex : sur Bordeaux les lieux pour prendre des douches et laver ses affaires ont diminué). Certains acteurs ont pu organiser des distributions de serviettes hygiéniques et des kits d'hygiène dans des colis.

Perte de contact et disparition d'une partie des publics suivis

- ▶ Tous les professionnels signalent une perte de contact avec une partie (minoritaire) de leurs bénéficiaires dont ils n'ont plus aucune nouvelle. Le confinement a entraîné une interruption des parcours (santé, insertion). Parmi ces populations dont on n'a plus aucune nouvelle, on retrouve souvent les plus fragiles ou des patients chroniques.
- ▶ On repère des inquiétudes par rapport aux publics avec des problèmes d'addiction et de rapport à la prise de risques. Les professionnels constatent des ruptures de soins et du suivi en addicto avec des publics qui disparaissent.
- ▶ Il y a également besoin d'un accompagnement renforcé en psy et en addicto. La crise du deal a généré de graves problèmes pour les personnes qu'il convient d'accompagner.

Des signes forts de détresse psychologique liés au confinement

- ▶ Les professionnels repèrent chez leurs publics du stress, de l'anxiété souvent en lien avec une perte du sommeil, surtout auprès des populations les plus isolées (rupture familiale, logement insalubre, ...). Pour les publics demandeurs d'asile, le confinement a pu « raviver des traumas d'expériences passées ».
- ▶ Les professionnels signalent chez les personnes exclues du numérique plus de souffrance et de solitude.

Des inquiétudes en direction des familles et de la protection de l'enfance

- ▶ Certains professionnels constatent une augmentation des violences familiales.
- ▶ Avec l'arrêt du placement d'enfants, les professionnels se montrent inquiets concernant les violences intrafamiliales et les troubles psychologiques des parents (UDAF). Ils parlent de l'absence de possibilité de réaliser des visites et des constats qui peuvent renforcer un lâcher prise des cellules familiales.

3 Problématiques repérées concernant les pratiques de prévention

⇒ Un besoin primordial de rassurer face à une crainte démesurée

- ▶ Certains professionnels de santé perçoivent une crainte démesurée autour de l'épidémie, il y a beaucoup de fantasmes autour de la maladie et de sa transmission. Pour eux, la population a avant tout besoin d'être rassurée. Ils attribuent cette « sur réaction » à l'influence des réseaux sociaux et aux avis d'experts. « On panique les gens à outrance, dans le centre de desserrement il faut mettre un masque, une visière de protection, une blouse, une surblouse jetable pour aller voir un syrien qui a le nez qui coule ».

⇒ Des discours et des recommandations trop rigides et inadaptées par rapport aux enjeux de l'épidémie

- ▶ Pour les professionnels qui ont su aborder les enjeux de prévention, ils réclament des pratiques d'information et de prévention plus éducatives dans une approche de réduction des risques.
- ▶ Les messages divulgués sont jugés trop rigides, créant des tensions majeures. Ils perçoivent une réelle nécessité d'adapter le message (« c'est comme le 0 alcool dans un centre d'hébergement d'urgence, ça ne marche pas ») :
 - « Les injonctions ne marchent pas, il faut discuter, passer par les gens, les ordres qui viennent d'en haut ne fonctionnent pas. Il faut donner aux personnes l'occasion de discuter, de savoir ce qu'elles peuvent mettre en œuvre en termes de réduction des risques. »
 - « Nécessité de laisser une place à la négociation. Si le message est trop dur, certains ne pourront pas l'appliquer »
 - « Il faut expliquer le message officiel, rester sur des choses très simples. »
 - « Il faut inciter les gens à discuter avec leur médecin, avec un proche... »
 - « Un travail de pédagogie pour expliquer que la situation au 11 mai ne sera pas celle d'avant le confinement. »
- ▶ L'adaptation des messages sur l'hygiène à la nature du terrain (exemple, y a-t-il un accès à l'eau dans tel squat ?...) et à la capacité de compréhension des personnes.

4 Propositions de pistes de travail

⇒ Rassurer les populations

► Réorienter la communication autour de l'épidémie vers des messages en mesure de **rassurer la population** tout en les incitant à rester prudents. (une grande majorité de personnes guérissent, on connaît de mieux en mieux cette maladie...).

⇒ Eviter d'alimenter la peur

► **Expliquer les gestes barrières et les mesures de protection** (bon usage du masque) aux publics en **évitant les discours trop prescriptifs anxiogènes** et faire en sorte que cela devienne plus naturel pour faciliter l'application de ces mesures.

⇒ Faire preuve de pédagogie

► **Faire preuve de pédagogie** pour expliquer les raisons du déconfinement et le sens et l'importance des mesures de protection.

► Aller au-delà des messages prescriptifs pour favoriser le dialogue ou l'assouplissement pour rendre atteignable les mesures de protection dans des circonstances de vie complexes (pas de machine à laver, pas de sèche-linge, pas de point d'eau, etc.).

► Ne pas fixer des objectifs trop élevés qui produisent du découragement ou un abandon de la vigilance.

► Lutter contre les craintes excessives et l'impact psychologique du confinement.

⇒ Mieux renseigner l'impact du confinement sur la santé pour mieux gérer le déconfinement

► Informer les professionnels et publics sur l'**impact du confinement sur la santé (notamment la santé mentale)** : qu'est-ce que cela peut provoquer ? pour faciliter la reprise de l'activité avec les publics et adapter la posture des professionnels.

► Nécessite de reprendre l'activité d'accompagnement des publics en prenant en compte la détresse psychologique des gens.

► **Travailler sur la gestion du stress, des émotions**, la verbalisation du vécu de l'épidémie pour les enfants et les adultes en s'inspirant des compétences psycho-sociales surtout dans le contexte de la reprise des écoles et de l'activité.

⇒ Instaurer un dialogue avec les structures et les publics dans une approche de littératie en santé

► Développer des **pratiques d'information et de prévention plus éducatives** en adaptant les messages en fonction des contraintes des publics.

► **Faire de l'éducation pour la santé** sur l'identification des signes de la maladie, comment se préserver dans des contextes spécifiques ou la distanciation sociale, le lavage des mains, l'utilisation de masques ou de gel est plus compliquée (comment je fais quand je n'ai pas de machine à laver, pas de sèche-linge,... ?).

► **Encourager la mise en œuvre de groupes de travail** rassemblant professionnels et publics pour mieux communiquer, rendre accessible une information, rendre compréhensible les décisions, adapter les mesures de protection aux contextes de vie.

► **Continuer à relayer ou créer des outils**, des supports à destination des publics ayant des difficultés d'accès à l'information (handicap, migrants, personnes en squat, illettrisme électronique, etc.).

➡ Promouvoir la mise en lien des partenaires et de leurs ressources pour faire face aux situations d'urgence

▶ Exemple de remise en route de l'aide alimentaire dans certaines communes avec la collaboration des élus, CCAS, associations, bénévoles, La Poste...

➡ Maintenir les dynamiques de travail à distance pour élargir les modalités de travail des professionnels

▶ **Soutenir les professionnels dans la gestion de la sécurité**, la mise en place de nouvelles modalités de travail et d'échange entre les professionnels, les personnes et les proches en s'inspirant des potentialités ouvertes par le confinement.

▶ Accompagnement des professionnels, voire création de guides pour les professionnels sur les pratiques de travail à distance : Comment faire son travail d'accompagnement en visio ou par téléphone ? Comment faire un entretien téléphonique à distance ? Comment je rentre en communication ? Comment je gère ces pratiques et le respect de la sphère privée ?

➡ Encourager les pratiques d' « aller vers » développées lors du confinement

▶ Beaucoup de professionnels ont dû **déployer des modalités d'intervention d' « aller vers »** qui les ont obligés à s'adapter et assouplir leurs cadres de travail afin de rester en lien avec leurs publics. Peut-être faudrait-il analyser ce que produit ce changement de postures sur leurs pratiques et mesurer l'intérêt et les potentialités qui s'ouvrent avec ces dynamiques de travail.

➡ Envisager une stratégie d'éducation pour la santé à long terme

▶ Le port du masque, la distanciation physique, le lavage régulier des mains sont des mesures de protection à promouvoir à long terme contre tous les virus. Il faut renforcer l'intégration de ces réflexes de santé dans les habitudes de vie.

▶ **Favoriser la mise en place d'environnements adaptés** pour lutter contre les infections (améliorer l'hygiène et l'accès aux toilettes dans les établissements publics, lutter contre la sous-estimation générale du problème dans les écoles, les entreprises, etc.).

➡ Communiquer sur la posture d'informateur en santé

▶ Qu'il s'agisse de professionnels, d'experts ou des publics, beaucoup de pratiques d'informations et d'éducation sur la santé se développent durant cette crise, souvent de manière anarchique et sans conscience des impacts de telles pratiques. Il semble nécessaire de **communiquer largement sur un savoir de base promouvant une posture adaptée lorsqu'on donne des informations sur la santé**. (L'Ireps travaille sur un support de communication).